Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. *M. Reichardt*

Zur Frage der sogenannten männlichen Wechseljahre

*

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät
der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg zur Erlangung
der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Kurt Winkler
aus Bunzlau

1938
Buchdruckerei Fritz & Rappert Nachfolger, Inhaber Anton Weltz, Ochsenfurt a. M.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Referent: Professor Dr. M. Reichardt

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549822_0107

Den Anlaß zu dieser Dissertation gab die Erfahrung, daß im Laufe der Jahre unter den sogenannten Unfallpatienten, die von Herrn Professor *Reichardt* begutachtet worden sind, sich hin und wieder auch ein Patient befunden hat, dessen psychischer Zustand mehr oder weniger den *Mendel*schen Schilderungen von den „männlichen Wechseljahren" ähnelte oder glich.

Im Jahre 1910 lenkte *Mendel* durch seine Veröffentlichung als erster die Aufmerksamkeit auf dieses Gebiet. Seine Ausführungen, mit denen er, wie er selbst angibt, nur eine Anregung zu dem Thema bezwecken wollte, gipfelten kurz zusammengefaßt in Folgendem:

Es war auffallend, daß männliche Patienten, in der Mehrzahl „körperliche Kraftnaturen", im Alter von 47 bis 57 Jahren (bevorzugt waren die Jahrgänge zwischen 50 und 54) immer wieder wegen ganz bestimmter, charakteristischer Klagen in der Sprechstunde erschienen. Die hervortretendsten Symptome waren: Angstgefühl, Rührseligkeit, Gleichgültigkeit und Abnahme der Libido; doch waren auch Schlaflosigkeit, wallende Hitze, Gedächtnisschwäche, wie überhaupt allgemeine körperliche und geistige Insuffizienzgefühle nicht ganz selten. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben sich nach *Mendel* lediglich durch Verwechslung mit Arteriosklerose, Dementia senilis oder Neurasthenie. Jede dieser 3 Erkrankungen konnte bei Mendels Patienten ausgeschlossen werden.

Im Jahre 1922 erfolgte durch *Mendel* ein nochmaliger Beitrag zu diesem Thema. Durch die Ergebnisse der neueren Erforschungen über die Wirkung innersekretorischer Drüsen sah nun *Mendel* die von ihm bereits 1910 vermutete Pathogenese der Beschwerden bestätigt. Sie würden demnach in einer Störung der inneren Sekretion beruhen.

Die Symptomatologie der eingangs bereits erwähnten, von uns beobachteten Fälle ähnelte in auffallender Weise dem von *Mendel* skizzierten Symptomenbild.

Im Nachstehenden soll eine kurze Schilderung unserer Beobachtungen erfolgen:

Fall 1: Bra . . ., ehemaliger Direktor, geboren am 8. 4. 1882, wurde am 5. 7. 1935 zur Beobachtung in unsere Klinik überwiesen.

Der dem pyknischen Typus angehörende Patient hat eine Körpergröße von 167,5 cm, ein Körpergewicht von 76 kg (ohne Kleider), ge-

sundes körperliches Aussehen, mäßig ergrautes Haar. Keine vorzeitige Alterung. Außer einer von Kindheit an bestehenden Fußmißbildung, einer als Bildungsanomalie anzusehenden leichten Einsenkung des Brustbeines, sowie einem durch Zahnkaries entstandenen Nasenfistelgang keinerlei krankhafter äußerlicher Befund.

Die interne Untersuchung ergab einen Puls von 70 in der Minute, einen Blutdruck von 140. Urin o. B., von dem spezifischen Gewicht 1033. Keine arteriosklerorischen Veränderungen. Cor o. B., Pupillen und Augenhintergrund völlig normal. Keinerlei neuropathische Erscheinungen.

Der Patient ist von reger geistiger Auffassung, gesprächig und durchaus zugänglich, aber offenbar sehr weich veranlagt. 3 Jahre vor Einweisung in unsere Klinik, also damals 50jährig hatte der Patient durch Autozusammenstoß einen Unfall mit Gesichtsverletzung und schweren Rippenquetschungen. Bewußtlosigkeit bestand nicht. Diese körperlichen Verletzungen sind nach fachärztlichem Untersuchungsbefund zur Zeit unserer Untersuchung als völlig normal geheilt zu betrachten.

Seit dem Unfall klagt der Patient vorwiegend über folgende psychischen Beschwerden, die ihn auch zur Aufgabe seines Berufes gezwungen hätten: Weinerlichkeit, Energielosigkeit, Schlaflosigkeit, Entschlußunfähigkeit, Atembeschwerden, anfallsweises Auftreten von Herzkrampf und starke Neigung zur Depression.

Es besteht bei dem Patienten ein starkes Mißverhältnis zwischen objektivem Untersuchungsbefund und subjektiven Beschwerden. Eine gradlinige Beziehung der Beschwerden zum Unfallstrauma ist nicht gegeben. Unverkennbar ist die Analogie der Beschwerden zu dem von *Mendel* geschilderten Symptomenkomplex der männlichen Wechseljahre.

Fall 2: Kü . . . Fritz, Metzgermeister, geboren am 14. 10. 1887, wurde am 15. 7. 1935 in unsere Klinik zur Begutachtung überwiesen.

Der Patient ist von pyknischer Konstitution, korpulent, von gesundem, kräftigem körperlichen Aussehen. Er hat eine Körpergröße von 166 cm. Sein Körpergewicht beträgt 83,5 kg (ohne Kleidung). Die großen Körpergelenke sind gut beweglich. *Lasègue*sches Zeichen beiderseits negativ. Puls mit 76 Schlägen normal, ebenfalls der Blutdruck mit 125 mm. Urin ohne pathologische Bestandteile, von dem spezifischen Gewicht 1030. Lungenerweiterung mäßigen Grades. Pleura ohne jede Verwachsungsveränderungen. Cor ohne pathologischen Befund. Augenuntersuchung (einschließlich Augenhintergrund): normaler Befund. Der eingehende neurologische Untersuchungsbefund ergibt völlig regelrechtes Bild.

Bei der klinischen Untersuchung übertrieb der Patient und simulierte zum Teil in grober Form. Im großen und ganzen hat man den Eindruck eines weichen, affektiv schwankenden Menschen.

3 Monate vor der Einlieferung erlitt der Patient durch einen umstürzenden Eisenbahnwagen einen Unfall, ohne dabei nennenswerte körperliche Verletzungen davongetragen zu haben. Seit dieser Zeit ist der Kranke aufgeregt, schreckhaft, ängstlich, rührselig (weint bei der Untersuchung),

meint, daß ihm alles Selbstvertrauen verloren gegangen sei. Der Patient stellt Schadenersatzansprüche.

Allgemein ist zu diesem Falle zu sagen, daß eine derartige lang dauernde psychische Veränderung als Folge eines noch dazu so glücklich verlaufenen Unfalles höchst unwahrscheinlich ist. Auch hier entspricht das Krankheitsbild am ehesten einer uncharakteristischen Rückbildungsdepression, wenn wir das Gebaren des Patienten und die Angaben über seine subjektiven Beschwerden nicht von vorneherein als hysterische Zweckreaktionen bezeichnen wollen.

Fall 3: Os . . . Georg, Prokurist, geboren am 4. 1. 1874, wurde am 4. 7. 1935 zur klinischen Begutachtung eingewiesen.

Der Patient ist von gesundem Aussehen, macht einen zufriedenen Eindruck. Muskeltonus etwas schlaff. Fettentwicklung teilweise recht stark. Auch dieser Patient gehört dem pyknischen Typus an.

Körpergröße mit bloßen Füßen 168 cm. Körpergewicht 75,5 kg (ohne Kleider). Pulsfrequenz 90 in der Minute. Blutdruck 150 mm. Urin ohne pathologische Bestandteile, von dem spezifischen Gewicht 1022. Das Herz ist normal groß. Rhythmus regelmäßig, keine Geräusche. Leichte Schilddrüsenvergrößerung, aber ohne mechanische Beeinflussung der Luftröhre. Arteriosklerose mäßig, dem Alter durchaus entsprechend. Blutbild und serologische Blutuntersuchung ohne pathologischen Befund. Beginnender Greisenbogen an den Augen. Pupillen, Augenhintergrund sowie die gesamte neurologische Untersuchung ergeben normalen Befund.

Auffällig ist während der Untersuchung eine vasomotorische Übererregbarkeit, ein leichtes, vibrierendes Händezittern. Der körperliche und geistige Eindruck ist durchaus gut. Eine krankhafte Stimmungsanomalie ist während der Untersuchung nicht zu beobachten.

Die subjektiven Beschwerden des Patienten sind: Gedächtnisschwäche, Angstgefühl, Aufgeregtheit, Hitzewallung nach dem Kopf. Ferner werden Klagen über verloren gegangenes Selbstvertrauen zum Ausdruck gebracht. Der Patient fühlt sich seinen beruflichen Aufgaben nicht mehr gewachsen. Er wünscht Invalidisierung, obwohl er auf Grund seines körperlichen Zustandes durchaus noch arbeitsfähig ist.

Auch hier, die Glaubwürdigkeit der rein subjektiven Beschwerden vorausgesetzt, entspricht das Krankheitsbild mit seinen depressiven und vasomotorischen Merkmalen dem *Mendel*schen Symptomenkomplex.

Fall 4: Her . . . Mathee, Rittergutsbesitzer, geboren am 20. 4. 1887, wurde am 16. 9. 1935 in unsere Klinik zur Begutachtung eingewiesen.

H. war Frontkämpfer. Er ist von gesundem, seinem Alter von 48 Jahren durchaus entsprechendem Aussehen. Auch dieser Patient hat pyknischen Körperbau. Er gibt an, niemals ernstlich krank gewesen zu sein.

Körpergröße 174 cm. Körpergewicht 85,5 kg (ohne Kleider). Puls 90 Schläge in der Minute, von guter Qualität, Blutdruck 140. Urin mit einer Spur Eiweiß, sonst ohne pathologische Bestandteile, von dem

spezifischen Gewicht 1025. Röntgenologisch und klinisch liegt eine Emphysembronchitis mittleren Grades vor. Pleura in Ordnung. Herz ohne jeglichen krankhaften Befund. Leber um zwei Querfinger verbreitert und weich (Fettleber). Keine Arteriosklerose. Pupillen und Augenhintergrund normal. Die serologische und die eingehenden neurologischen Untersuchungen ergaben völlig normalen Befund.

Der Patient ist während der Untersuchung etwas nervös, geistig sehr regsam, gesprächig und von normaler Stimmung. Am 26. März 1935, also nahezu 6 Monate vor unserer Untersuchung, hatte der Patient einen Unfall beim Überschreiten eines 1 m tiefen Baches, infolge Durchbruchs eines morschen Schwellenbelages. Körperliche Verletzungen konnten weder vom Hausarzt noch bei unserer Nachuntersuchung festgestellt werden.

Seit dem Unfall klagt der Patient über Unlustgefühl, Nervosität, Nachlaß des Erinnerungsvermögens, Schweißausbrüche, besonders an den Händen, vor allem aber über einen Mangel jeglichen Selbstvertrauens. (Unverkennbar ist bei der Untersuchung eine gewisse Kritiklosigkeit gegenüber seinen Beschwerden.) Patient spricht von einem Riesennervenschock, man hätte ihn halbtot aus dem Dorfe getragen usw.

Der depressive Charakter der Beschwerden entspricht in seiner psychischen Ausrichtung den bereits geschilderten übrigen Fällen, daher wollen wir gleich zur Betrachtung des nächsten Falles übergehen.

Fall 5: Hier . . ., Arbeiter, geboren am 12. 2. 1887, wurde am 28. Oktober 1935, ebenfalls wegen Unfalls, zur Begutachtung in die Klinik eingewiesen.

Auch hier haben wir einen Patienten von gesundem, frischem Aussehen vor uns. Asthenischer Körperbau mit leicht pyknischem Einschlag. Körpergröße 160 cm. Körpergewicht 53,5 kg. Dauernd beschleunigter Puls mit 100 Schlägen in der Minute. Blutdruck 140 mm. Urin ohne pathologische Bestandteile, von dem spezifischen Gewicht 1023. Schilddrüse nicht vergrößert. Herz ohne organischen pathologischen Befund. Pupillen und Augenhintergrund in Ordnung. Manchmal spontan auftretender leichter Nystagmus als Folge retrolabyrinthärer Veränderung. Die serologische Blutuntersuchung ergibt normalen Befund. Die neurologische Untersuchung zeitigt keinerlei pathologische Erscheinungen. Patient macht einen etwas primitiven, ungewandten Gesamteindruck.

Vor 8 Monaten erlitt der Patient durch Sturz vom Rade einen Unfall mit dreistündiger Bewußtlosigkeit. Ein Schädelbruch konnte trotz röntgenologischer Untersuchung nicht festgestellt werden.

Seit dem Unfall leidet der Patient an Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche. Erst 4 Wochen nach dem Unfall stellten sich bei dem Patienten deutlich folgende psychischen Veränderungen ein, die bei der Untersuchung, also nach 8 Monaten in voller Intensität anhalten: Weinerlichkeit, manchmal wahre Weinkrämpfe, Merkschwäche, Angstgefühl, Aufgeregtheit und abnorme Müdigkeit.

Es fehlt bei diesem Patienten ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Beschwerden. Der Depressionszustand ist nicht mehr mit der damals erlittenen Hirnerschütterung in Verbindung zu bringen. („Ein Depressionszustand von längerer Dauer hat unmittelbar kausal nichts mit den Nachwehen einer Hirnerschütterung zu tun"; Gutachten vom 6. 11. 1935.) Ein Depressionszustand von anhaltender Stärke nach Hirnerschütterung steht im Widerspruch zu allen Beobachtungen. Vor allem sind die Symptome, wie Angstgefühl, Weinerlichkeit und Fingerzittern durchaus uncharakteristisch für ein Stadium länger dauernder subjektiver Beschwerden nach Hirnerschütterung.

Fall 6: Vo . . . Artur, Installateur, geboren am 26. 9. 1885, wurde am 27. Juni 1935 in unsere Klinik zur Begutachtung eingewiesen.

Seit 4 Jahren ist er wegen eines Fußleidens (hochgradige Plattfußbeschwerden) pensioniert und bezieht von der Reichsversicherungsanstalt Ruhegehalt. Vor 3 Jahren wurde zu dem Fußleiden noch ein „schweres Nervenleiden" als vorliegend anerkannt. Die im Laufe der Zeit immer wieder angestellten Nachuntersuchungen führten wohl teilweise zu widersprechenden Ergebnissen, gemeinsam war ihnen aber der Mangel irgendwelcher organischer Grundlagen für die Beschwerden.

Der Kranke ist Pykniker. Körpergröße 161,5 cm und Körpergewicht 72 kg (ohne Kleider). Puls dauernd beschleunigt mit 100 Schlägen in der Minute. Blutdruck 140 mm. Urin ohne pathologische Bestandteile von dem spezifischen Gewicht 1030. Pupillen und Augenhintergrund normal, desgleichen die serologische Blutuntersuchung. Während der Untersuchung erhebliche vasomotorische Kopfröte. Im übrigen keinerlei sonstiger körperlicher und neurologischer Krankheitsbefund.

Bei der Intelligenzprüfung zeigt der Kranke ein äußerst theatralisches demonstratives Gebaren, zum Teil grob simulierend, ist mürrisch und ablehnend. Seine subjektiven Beschwerden sind (außer den bereits erwähnten Beinbeschwerden): Unlustgefühl, Ängstlichkeit, depressive Stimmung, Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche und Gedächtnisschwäche.

Fall 7: Scheu . . . Johann, Arbeiter, geboren am 25. 5. 1885, wurde am 6. August 1935 zur klinischen Begutachtung eingewiesen.

Der gesund aussehende Patient ist von pyknischer Konstitution. Er hat eine Körpergröße von 154 cm und ein Körpergewicht von 68 kg (ohne Kleider). Puls 75 Schläge in der Minute. Blutdruck 130 mm. Urin ohne pathologische Bestandteile, von dem spezifischen Gewicht 1020. Keine Arteriosklerose. Herz ohne krankhaften Befund. Die serologische und eingehende neurologische Untersuchung ergeben völlig normalen Befund.

Im allgemeinen macht der Patient den Eindruck eines durchaus glaubwürdigen und geistig recht regsamen Mannes.

Vor 7 Monaten hatte der Patient einen Unfall durch einen herabrollenden Baumstamm, der ihn am Kopfe traf. Er erlitt eine Hirnerschüt-

terung (war 24 Stunden bewußtlos) und eine Fraktur des Olekranon. Die röntgenologische Untersuchung zeigt bei der heutigen Untersuchung keinen sicheren Befund mehr.

Die zur Zeit von dem Patienten auf den Unfall zurückgeführten Beschwerden sind: Kopfweh, Druck von der Stirnseite bis zur Nase, Nervosität, Schlaflosigkeit, Doppeltsehen (die ophthalmologische Untersuchung ergab lediglich eine gewöhnliche Alterssichtigkeit), Zittern, Ängstlichkeit, Pessimismus und stets gedrückte Stimmung.

Die Gesamtheit des Krankheitsbildes ist im wesentlichen die gleiche wie bei allen übrigen Patienten. Eines besonderen Hinweises auf die zweifellos erlittene Hirnerschütterung bedarf es nicht. Aber nicht die Hirnerschütterung schadet zeitlebens, sondern nur die dauernde traumatische Hirnverletzung. Abgesehen davon sind die Symptome wie Schlaflosigkeit, Angstgefühl und Zittern auch nicht die üblichen Folgen einer Hirnerschütterung.

Wenn wir diese Krankengeschichten kurz überblicken, so fällt zunächst eine gewisse Gleichheit der Symptomatologie auf. Ferner ist die Tatsache hervorzuheben, daß die meisten Patienten Pykniker waren. Endlich sei erwähnt, daß von allen geschilderten Patienten ein Potenznachlaß spontan nicht angegeben wurde. Allerdings wurde auch nicht ausdrücklich danach gefragt, um die Patienten nicht noch mehr in einen hypochondrischen Ausnahmezustand zu versetzen. Da weiterhin von mir die Beziehungen zum Unfall nicht mehr besprochen werden sollen, möchte ich an dieser Stelle kurz lediglich folgendes erwähnen: Es könnte natürlich den Anschein haben — und ist auch von den Patienten so gedeutet worden —, daß sich der depressive und der sonst noch geschilderte Symptomenkomplex erst an den Unfall angeschlossen habe. Man wird aber hier (nach allem, was wir sonst über die Entstehung derartiger nervös-psychischer Symptomenkomplexe wissen) von vorneherein Vorsicht walten lassen müssen. Abgesehen davon, daß der wirklich enge zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und den nervös-psychischen Unfallsfolgen nicht in allen Fällen sichergestellt ist, ist zunächst als zweite Möglichkeit die zu nennen, daß sich der Patient erst nach dem Unfall, in dem darauf folgenden Entschädigungsverfahren seiner zunehmenden Nervosität und Insuffizienzgefühle *bewußt* geworden ist und dann im guten Glauben die subjektiven Beschwerden ursächlich auf den Unfall bezogen hat. Eine weitere Möglichkeit wäre die der sogenannten Umkehr der Kausalität (vergleiche *Reichardt*, Lehrbuch der Unfallbegutachtung, 2. Auflage, 1922, Seite 110: *„Die Störung ist nicht aufgetreten, weil der Unfall vorausging, sondern weil die Störung sich damals aus den gleichen nichttraumatischen Ursachen wie sonst auch, zufällig gezeigt hatte, wurde der zeitlich zwar vorausgehende, ursächlich aber belanglose Unfall zur »Ursache» der Störung erhoben.")* Daß endlich viertens derartige uncharakteristische nervöse Symptomenbilder sich auch noch mit einer sogenannten seelischen Entschädigungsreaktion verbinden können, sei nur nebenher erwähnt. Man wird, wie gesagt, im allgemeinen

äußerste Zurückhaltung walten lassen müssen bei der Frage der Anerkennung lang dauernder derartiger nervöser Symptomenkomplexe als Unfallfolge, sofern eine Dauerschädigung im Schädelinnern nicht eingetreten ist.

Wenngleich, wie wir gehört haben, auch in unserer Klinik das *Mendel*sche Krankheitsbild beobachtet wurde, so wollen wir uns vorerst noch nicht der *Mendelschen* Namensgebung für dieses Krankheitssyndrom anschließen, sondern zunächst die Stellungnahme namhafter Autoren zu diesem Problem kennen lernen.

Bereits vor *Mendel*, im Jahre 1909, berichtete *de Fleury* in seiner Schrift „sur le retour d'age de l'homme" über seine Beobachtungen an 201 *Kranken* dieser Altersklasse. Er fand, ganz im Gegensatz zu *Mendel*, körperliche Störungen im Vordergrunde. Seine Patienten litten an Dilatation des Magens, Verfettung innerer Organe, Varizen, Blutdruckerhöhung; und nicht selten fanden sich auch Abnormitäten im Urin. Kurz: Es war ein ganzes Mosaik *rein organischer Störungen*, denen psychische Störungen kaum gegenüberstanden. Derartige Beobachtungen hatte *Mendel* nicht gemacht. *De Fleury* sah die Ursache in einer Dysfunktion der Schilddrüse, ohne aber den Beweis für eine solche Genese zu erbringen. Mit den *Mendel*schen Beobachtungen kann man diejenigen von *de Fleury* nicht in Beziehung bringen.

Noch im gleichen Jahre der *Mendel*schen Veröffentlichung fand diese eine geradezu begeisterte Zustimmung durch *Hollander*. Es sei auffallend, berichtet dieser, daß immer wieder Patienten des gleichen Typus (des Typus der psychisch und nervös Gestörten) in der Sprechstunde erscheinen, die neben den psychischen Veränderungen aber auch somatische aufweisen. Insbesondere sei schon rein äußerlich den Patienten ein Mangel an Frische anzumerken; ihre Haut sei dunkel und runzelig; in ihrem Wesen seien die Kranken äußerst labil. Die Männer kämen eben in einem gewissen Alter in ein ruhigeres Fahrwasser, in einen Zustand, den man allgemein als den der „Mannesreife" bezeichne. Aber niemand kümmere sich um die Ursache dieser auffallenden Erscheinung. Im Nachgang zur Ätiologie, für die *Hollander* für seine Patienten eine Arteriosklerose ausschließen kann, trifft er, kurz zusammengefaßt, folgende Überlegung, die sich übrigens auch in mancher Beziehung in *Hoches* Bearbeitung ähnlich wiederholt: Die Triebfeder geschlechtlicher wie geistiger Energie sei das Nervensystem. Wenn nun die mit den Geschlechtsdrüsen verbundenen Nerven infolge einer Veränderung der Keimdrüsenfunktion einen Ausfall an Reizimpulsen erfahren, so leide unter diesem Ausfall auch das gesamte Nervensystem. Diesem Ausfall an Anregung sollen die geistigen und geschlechtlichen Versager des Mannes in diesem Lebensabschnitt entsprechen (ein Erklärungsversuch, dem man nach dem heutigen Stande der Kenntnisse nicht mehr beistimmen kann).

Vaerting sieht den stärksten Beweis für die Richtigkeit der *Mendel*schen Auffassung in der Betrachtung des männlichen und weiblichen Absterbeverhältnisses in dieser Lebensphase. Nach *Kaup* kommen auf 100 weibliche Todesfälle

im Alter von 40—45 Jahren	124	männliche Todesfälle
im Alter von 45—50 Jahren	140	männliche Todesfälle
im Alter von 50—55 Jahren	134,8	männliche Todesfälle
im Alter von 55—60 Jahren	132,5	männliche Todesfälle
im Alter von 60—65 Jahren	106,7	männliche Todesfälle.

Die Statistik, so führt *Vaerting* aus, beweise nicht allein die Größe der Gefahr, ihren zeitlichen Kulminationspunkt, sondern vor allem auch ihre zu milde Einschätzung durch *Mendel*. Die Abweichung einzelner Autoren in ihren Angaben über Beginn, Höhepunkt und Ende der klimakterischen Beschwerden erklärt er durch die meist nicht genügend berücksichtigte Konstitution, Lebensweise und Lebensumstände der Patienten. Wie überaus wichtig aber dies sei, gehe deutlich aus dem Vergleich der Sterbeziffern aus Stadt und Land für die Zeit von 1894—1897 hervor. Hier liege für die Stadt das Maximum der Männersterblichkeit in der Altersklasse 40—50, während sich für das Land die Jahre 50—60 errechnen. — Die Ausführungen *Vaertings* lassen zunächst die Frage entstehen, an welchen Todesursachen die statistisch herangezogenen weiblichen und männlichen Personen gestorben sind. Diese Frage beantwortet *Vaerting* selbst nicht. Läßt man sie auf sich beruhen und legt man nur den Vergleich der weiblichen und männlichen Todesfälle in den genannten Lebensaltern zugrunde, so würde man auf eine stärkere Vitalitätssenkung *gerade beim Mann* in dem kritischen Lebensalter kommen, womit aber wieder andere klinische Erfahrungen nicht übereinstimmen.

Rankins Patienten, in der Altersklasse von 55—63, weisen die gleichen Symptome, wie sie *Mendel* schildert, auf. *Rankin* sieht den Ausbruch der Krankheit gewöhnlich durch äußere Umstände, wie Überanstrengungen und Sorgen aller Art jenseits der 40 begünstigt.

Juarros beobachtete bei zahlreichen männlichen Patienten im Alter von 40—50 Jahren das Bild der Hypofunktion mehrerer endokriner Drüsen, z. B.

der Hoden	als Ursache fortschreitender Impotenz, wobei manchmal die Libido erhalten blieb,
der Schilddrüse	als Ursache geistiger Verlangsamung, mäßigen Haarausfalles und Kopfschmerzen,
der Nebennieren	als Ursache von Hypotonie und Asthenie,
der Hypophyse	als Ursache der Neigung zum Fettansatz.

Psychische Veränderungen stehen nach ihm im Hintergrunde, wiewohl sie aber auch nicht abgelehnt werden. Sehr auffallend sei, daß angeblich

durch Verabreichung von Hodenpräparaten teilweise Besserung erzielt werden konnte.

Marcuse tritt auf Grund eigener Beobachtungen an ca. 20 Patienten der *Mendel*schen Auffassung bei. Bei der größeren Anzahl seiner Patienten fand sich überhaupt keine Arteriosklerose, jedoch eine atonische hypotrophische Prostata. Bei der kleineren Zahl seiner Kranken wurde eine geringfügig verhärtete, hypertrophische Prostata, vergesellschaftet mit Arteriosklerose, gefunden. Also bei allen Patienten Veränderungen der Prostata.

Die Symptomatologie seiner Patienten erfährt insofern eine gewisse Bereicherung, als urosexuelle Störungen in den Symptomenkomplex mit einbezogen werden. Miktionsbeschwerden, Ausfluß, Oligospermie (in einem Falle Nekrospermie) waren nicht selten. Die Prostata war meist schlaff und sekretlos. Die Samenblasen waren nicht fühlbar. Das sexuelle Verhalten war verschieden. Während der größere Teil seiner Patienten über eine ziemlich plötzliche Abnahme der Potenz und der Libido klagte, standen andere unter dem Eindrucke einer *nur* abnehmenden Libido, trotz vorhandener Geschlechtskraft. Seltener wurde eine Steigerung der Libido angegeben. Die bereits von *Mendel* beobachteten psychischen Veränderungen bestätigt *Marcuse*. Sehr abweichend ist jedoch die Altersangabe. Gibt *Mendel* den jüngsten Patienten mit 47 Jahren an, so nennt *Marcuse* bereits einen 40jährigen als den jüngsten. Seinen Altersbefund stützt er mit dem Hinweis auf die gleichen Beobachtungen *Gyurkowechkys* und *de Fleurys*, wie er sich überhaupt für eine größere zeitliche Breite, schon im Vergleich zur Frau, einsetzt (nach *Penar:* von 90 Frauen war die jüngste 30 und die älteste 59 Jahre alt). *Marcuse* neigt zu der Ansicht, daß abnorme Lebensweise, insbesondere auf sexuellem Gebiet, das Klimakterium „provoziere". Auffallend sei die Geringfügigkeit arteriosklerotischer, im Gegensatz zu rein klimakterischen Beschwerden seiner Patienten. Die Prostataveränderungen seien ein Kettenglied des ganzen Rückbildungsprozesses und seien mitverantwortlich als Ursache der Beschwerden.

Die auch von seinen Vorgängern bereits beobachtete Effemination der Patienten erklärt *Marcuse*, in Anlehnung an *Kammerer* und *Biedl*, mit der übergewichtigen innersekretorischen Wirkung rudimentärer weiblicher Geschlechtsanlagen nach dem Funktionsausfall der eigengeschlechtlichen.

Marcuse scheint anderseits die ganze Konstitution seiner Patienten nicht genügend in Betracht gezogen zu haben; vielleicht handelt es sich vorwiegend um Astheniker und Dysplastiker, bei denen an und für sich vorzeitige Alterserscheinungen auf körperlichem Gebiet keine Seltenheiten sind.

Monillac und *Schuster* führen die psychischen und somatischen Veränderungen auf die sexuelle Involution und die Seneszenz des Gewebes zurück.

Wenkebachs Patienten gehören meist den „besseren und besten Kreisen" an. Er gibt folgende Charakteristik: „. . . es sind Menschen, von denen das Leben viel verlangt, die aber auch selbst viel vom Leben verlangen". Es seien Männer, „die im besten Mannesalter stehen". Kurze, gedrungene, meist fette Leute, die an Herz- und Atmungsbeschwerden, Beklemmungs- und Angstgefühlen leiden. Extrasystolen kommen häufig vor. Oft aber fehlen die Zeichen der Arteriosklerose. Der Röntgenbefund zeige ein verbreitertes Cor und eine erweiterte Aorta. Dieser röntgenologische Befund erkläre alles. Es handle sich um Herzbeschwerden, mit den ihnen eigenen Begleiterscheinungen auf psychischem Gebiete. Die Ursache dieser Herzanomalie aber wiederum sieht *Wenkebach* letzten Endes in der Fettleibigkeit, welche durch Empordrängung des Zwerchfelles, Herz und Aorta mechanisch verbreitere. Von einer Involution der Genitalien sei keine Rede, ebensowenig von einer Impotenz, bezw. einer Zeugungsunfähigkeit. Diätetische Behandlung seiner Fettleibigen erleichtere sie von ihren Beschwerden.

Ich vermag *Wenkebachs* Erklärungen nicht in allen Punkten beizupflichten. Es mag daher gestattet sein, auf seine Erörterungen kurz einzugehen: Daß eine erhebliche Fettleibigkeit eine mechanische Lagestörung des Herzens verursachen kann, soll nicht bestritten werden. Aber ich halte das Ausmaß der störenden Wirkung dieser Lageanomalie des Herzens als Ursache der hier geschilderten Beschwerden in dem von *Wenkebach* angegebenen Umfange für nicht erwiesen und auch für unwahrscheinlich. Es gibt in allen Gesellschaftskreisen nicht nur alte, sondern auch relativ jugendliche Wohlbeleibte, und gerade bei den letzteren vermissen wir trotz ihrer Fettleibigkeit die im Vorangegangenen skizzierten nervös-psychischen Beschwerden. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß schwer Übergewichtige nach einer diätetisch erzielten Abnahme von 20 Pfund sich stark erleichtert und damit wohler fühlen. Das berechtigt aber wohl noch nicht zu der Annahme, daß das *Mendel*sche Syndrom in der Fettleibigkeit allein seine Ätiologie fände. In *Wenkebachs* Erörterungen vermisse ich ferner die überaus wichtige Angabe, von welchem Lebensalter an die Patienten an ihrer Fettleibigkeit leiden. *Wenkebach* findet es selbst auch auffällig, daß der bedeutende Fettansatz gerade in den fünfziger Jahren erfolge, meint aber schließlich, es fehle diesem Fettansatz die typische Beschaffenheit und besondere Lokalisation der Eunuchoiden. Dies kommt einer Gleichstellung von Klimakterium und Kastration nahe, was wir streng auseinander halten müssen. Auf *Wenkebachs* Erklärung, die Potenz und Zeugungsfähigkeit könnten bis ins hohe Alter erhalten bleiben, möchte ich entgegnen, daß Beobachtung und Erfahrung untrüglich beweisen, daß die Ehen zwischen alternden Männern und jungen Frauen meist kinderlos bleiben. Ausnahmen gibt es wie fast überall, aber sie beweisen in der Biologie ebensowenig etwas wie in irgend einer anderen Wissenschaft. *Wenkebach* scheint wohl eher eine Art von gastrokardialem Symptomenkomplex zu beschreiben, der von anderer Seite (*Römheld*) eingehender geschildert worden ist. Es ist naturgemäß

an und für sich naheliegend, daß solche gastrokardialen Störungen, namentlich bei zunehmender Korpulenz und zunehmender Arteriosklerose, stärkere Beschwerden machen.

Hoche gibt, bevor er zu dem eigentlichen Thema Stellung nimmt, eine Schilderung des normalen Alterungsprozesses des Mannes. Größen- und Gewichtsabnahme, Ungelenkigkeit, eigentümliche Lokalisation des Fettdepots, Abnahme des Hör- und Sehvermögens, Lichtung und Pigmentabnahme des Haares, Fältelung und Pigmentierung der Haut seien die vielbeachteten Symptome dieser Altersstufe. Die seelische Wandlung sei wenig aufdringlich, und in der Bewertung derselben sei erstens der langsam sich einschleichende materielle Abbauvorgang im Seelenorgan und zweitens die inhaltliche Beeinflussung des Fühlens und Denkens durch alle vorausgehenden Einwirkungen des Lebens von Wichtigkeit. Nach *Hoche* sei der Mann nun auf der Höhe seines beruflichen Zieles und wolle seine ihm wohl bewußte Autorität auch ausüben. Aber gelegentliche Versager verraten, daß „Wollen und Können" nicht mehr ganz gleichen Schritt miteinander halten. So lange er dies bemerke und kritisch verwerte, sei er nicht senil. Das Sinken der Merkfähigkeit sei zweckdienlich, denn der Lebenstrieb sei nicht vorbereitend, gewissermaßen ansteigend, sondern erschöpfe sich vielmehr in der Erhaltung des Status quo. Dazu aber reiche der erhalten gebliebene Wissensbesitz aus. *Hoche* spricht ferner von einer organischen Grundlage (er meint damit wohl die beginnende Hirninvolution), die ihre Empfänglichkeit einbüße; und eben dies führe zu den verschiedenen funktionellen Versagern, und einer, wie ich hiermit zusammenfassen möchte, allgemeinen Elaneinbuße. Deswegen sei auch bei Musikern und Dichtern das sechste Jahrzehnt nicht mehr eine hochwertige Epoche. Die Ursache des Sinkens der durchschnittlichen gemütlichen Stimmung des Menschen dieser Lebensepoche sieht *Hoche*, kurz gesagt, in der wehmutsvollen Erkenntnis, daß die meisten Hoffnungen des Lebens nur Wunschträume geblieben seien und daß der Lebenspfad fortan nach abwärts führe. Die maximale Leistungsfähigkeit der Philosophen und Naturforscher in wesentlich späterer Lebensepoche erkläre sich aus der Art ihrer Produktion, die in einer erfahrungsausnützenden Denktätigkeit, einem rein verstandesmäßigem Vorgang, sich erschöpfe. Ein Abflauen des sexuellen Bedürfnisses und der Leistungsfähigkeit, ja sogar gelegentliche Zielabweichungen werden zugegeben. Der Grund dafür, daß sexuelle Veränderungen von gereiften Männern nicht gerne eingestanden werden, beruhe in der natürlichen Scheu vor diesem Eingeständnis. Die *psychischen* Anomalien seien jedoch gegenüber anderen Altersklassen nicht absonderlich, abgesehen von ihrer besonderen Häufigkeit in diesem Lebensalter und entbehren des der Frau dieses Alters eigenen Symptoms der Gereiztheit und der paranoisch gefärbten Depression. Ausgangspunkt und Maßstab sei der Begriff des weiblichen Klimakteriums, doch im Vergleich seien die Unterschiede weit größer wie die Übereinstimmungen. Das weibliche Klimakterium komme häufiger vor, sein Anfang und Ende liege früher. Die hormonalen Ausfallserschei-

nungen seien weit größer und die Erkenntnis über die Bedeutung des Rückganges ist tiefer bei der Frau, deren Depression endlich auch nicht hypochondrisch wie die des Mannes, sondern deutlich paranoisch gefärbt sei.

Auch *Hoches* Darlegungen vermag ich nicht in allen Punkten zuzustimmen. Zwei ätiologische Momente hebt er hervor: Den Abbauvorgang im Seelenorgan und die Auswirkung vergangener und gegenwärtiger Umweltseinflüsse. Man kann sich ungefähr vorstellen, was *Hoche* sagen will. Es ist auch ohne weiteres zuzugeben, daß sich bei manchen Menschen (übrigens auch zum Teil encepahlographisch nachweisbar) erste organische Abbauvorgänge verhältnismäßig frühzeitig einstellen, ohne daß es zu eigentlichen charakteristischen Ausfallserscheinungen, etwa im Sinne vorhandener Herdsymptome kommt. An dieser Stelle sei lediglich darauf hingewiesen, daß solche organische Rückbildungsveränderungen im Gehirn bei den einzelnen Menschen offenbar ganz verschieden frühzeitig oder spät auftreten. Solche Rückbildungsveränderungen irreparablen Charakters sind naturgemäß unbestritten, haben aber vielleicht mit dem, was *Mendel* meint, schon deshalb nichts näheres zu tun, weil die von *Mendel* beschriebenen Veränderungen mehr oder weniger ausgleichbar sein sollen. So geistreich auch die *Hoche*schen Ausführungen vielfach erscheinen, muß doch betont werden, daß wir über die Gesamtheit der körperlichen Rückbildungsveränderungen an und für sich noch viel zu wenig wissen. Es ist hier nicht der Ort näher auf die *Hoche*schen Ausführungen einzugehen. Das Fazit lautet etwa: Die Symptome erkennt *Hoche*, wenigstens großenteils, an, jedoch sucht er die Ätiologie aus einer Vielheit von Deutungen in anderer Richtung als *Mendel* und seine Anhänger, auch scheint er den Schwerpunkt gerade nicht auf das Vorübergehende dieser Schwankungen zu legen.

Jacobi will in erster Linie klarstellen, ob die Psychosen in dieser Altersklasse bei beiden Geschlechtern vermehrt auftreten und ob die Formen bei beiden Geschlechtern ähnlich sind und gleichen Verlauf nehmen. *Jacobi* stellt eine vermehrte Neigung, psychisch zu erkranken, fest, und findet, daß depressive, paranoische, schizophrene und psychogen-hypochondrische Krankheitsbilder im Vordergrunde stehen, kommt aber zu der Schlußfolgerung, daß die Krankheitsverläufe in diesem Lebensalter nicht ihre Ursache, sondern lediglich ihre geeignete Bahn finden. *Jacobi* schildert eine Anzahl Fälle psychogener[1]) Veränderungen, bei denen das „Altern" oder die Involution der Keimdrüsen irgendwie inhaltlich „verarbeitet" werden und gerade ihnen mißt *Jacobi* besondere Bedeutung bei und mit Recht, denn sie entbehren, da sie ja keine psychotischen Fälle sind, mit großer Wahrscheinlichkeit des hereditären Ursprungs. In der Schlußbetrachtung seiner Beobachtungen negiert *Jacobi* die Existenz eines Klimakterium virile, da alle auf organischer Grundlage beruhenden Keimdrüsenveränderungen fehlen, die Zahl der psychischen Erkrankungen dieser Genese erheblich

[1]) Offenbar wird dieser Ausdruck „psychogen" von *Jacobi* nicht in dem neueren und engeren Sinn verstanden.

kleiner würden, wenn alkoholische, luetische und kriminelle Ursachen bedacht werden, und weil ja schließlich die Prognose ungünstig sei. Ein Analogieschluß zum weiblichen Klimakterium sei nur zulässig, wenn bei beiden Geschlechtern die Erkrankung auf körperlich gleichen, bezw. ähnlichen Beschwerden beruhen würde. Das Nachlassen bezw. das völlige Sistieren der Keimdrüsentätigkeit trete beim Mann im Gegensatz zur Frau in den verschiedensten Lebensphasen ein. Eine Keimdrüsenveränderung in diesem Lebensalter sei nicht die Regel, sondern finde sich nur in Ausnahmefällen. Dem Manne fehle die körperliche Mitursache zur Entstehung der psychogenen Beschwerden, nämlich das Erlebnis der Menopause, die ihm die Einstellung der Keimdrüsentätigkeit gewissermaßen anzeigen würde. Dann sei das Symptomenbild bei der Frau auch bunter gefärbt. Die Krankheit entstehe aus exogen-somatogenen, exogen-psychogenen und endogenen Faktoren. Die restlose Entscheidung stehe noch aus, so lange der Begriff endogen noch nicht geklärt sei. Wenn *Jacobi* zusammenfassend sagt: „Das Hauptcharakteristikum, die körperlichen Insuffizienzgefühle fehlen ganz", so vergißt er dabei wohl, daß bis zu einem gewissen Grade die Quantität einer Verschlechterung manchmal nur sehr schwer, wenn nicht ganz unmöglich festgestellt werden kann. Gerade hier paßt das von *Jacobi* selbst gewählte Wort von der Gewöhnung gut her, durch welche den Patienten der quantitative Unterschied gegenüber früherem Befinden leicht verloren geht. *Jacobi* kommt später zu dem Schluß, daß als einzige Tatsache nur ein vermehrtes Auftreten von psychischen Erkrankungen in diesem Lebensabschnitt zu beobachten ist. Ein Klimakterium virile, verglichen mit dem Klimakterium femininum wird vom Autor abgelehnt. Die psychischen Krankheitsbilder seien bei beiden Geschlechtern ähnlich, aber die Abhängigkeit von der Keimdrüsenveränderung sei beim Manne sehr unsicher, bei der Frau viel näherliegend.

F. Kraus gibt in seiner Abhandlung „der Mann von 50 Jahren, eine Kulturkrankheit" eine Beschreibung der Pathologie des Fünfzigjährigen, was *Kraus* aber mit einer Beurteilung der „männlichen Klimax" nicht gleichgesetzt wissen will. Seine meist den besseren Ständen angehörigen fettleibigen Kranken haben Atmungs-, Kreislauf- und Darmstörungen und eine Verschattung des Lungenfelles am Zwerchfell. Er beobachtete, daß die Zwerchfellatmung dieser Menschen dauernd, d. h. unabhängig von der Verdauung abweichend ist. Das sei „Tonus". Überhaupt sei der gesamte Vagotonus dieser Menschen als verändert zu betrachten. Die Menschen seien vagolabil, ihr ganzes vegetatives System sei äußerst labil und dementsprechend seien auch ihre Beschwerden. Mit dem Vagischen sei die Hysterese verbunden, wobei es zu Fällungen mit Störungen im Gefolge komme.

Runge fordert die Klärung der Frage, weshalb die Beschwerden nur bei einer gewissen Anzahl von Männern auftreten und lehnt ebenso wie *Bleuler* die Bezeichnung Klimakterium ab. Er spricht von „Psychosen des

Umbildungsalters". Ferner weist er auf die Möglichkeit, daß eine primär veränderte Psyche vorliegen könne, die erst sekundär zur Störung der Sexualität geführt haben mag und spricht in diesem Zusammenhange von einem anlagemäßigen Vorgang. Schließlich trägt *Runge* aber auch der Auffälligkeit Rechnung, daß eine größere Anzahl von Psychosen keine Veränderung im Hirnbefund zeigten. *Runge* nimmt eine Mittelstellung zwischen den Ansichten der vorerwähnten Autoren ein. Er lehnt „klimakterische Psychosen" ab und setzt dafür das Wort von den Psychosen des „Umbildungsalters".

Werner v. Noorden betrachtet die Überbetonung der Wechseljahre im allgemeinen als eine Kulturirrung. Exogene Ursachen ständen im Vordergrunde: Unzufriedenheit, berufliche und eheliche Schwierigkeiten, Schicksalsschläge und ein „Mosaik des sexuellen Lebens". Nie sah er in diesem Zusammenhang einen Mann aus dem werktätigen Volke in seiner Sprechstunde. Zwei Typen werden hervorgehoben, die „Waschlappigen" und die „Neuaufgetakelten", die mit dem „Johannistrieb" Bescherten. Bei der Frau weiche das „Wesentliche" vor dem „Unwesentlichen" zurück, während dieser Vorgang bei dem Manne umgekehrt wäre. *Von Noorden* versteht unter dem Wesentlichen und Unwesentlichen wohl das exkretorische Keimdrüsenprodukt bezw. die geschlechtsspezifische Psyche der beiden Geschlechter. Der doppelseitige Hodenverlust verursache zwar eine Art Klimakterium, aber nicht einen Zustand wie den zur Debatte stehenden, für den der Autor das Wort „Umwandlung" anerkennt. Die Ansicht *Werner von Noordens*, nach welcher gerade der in wirtschaftlicher und politischer Hinsicht so umwälzenden Zeit der letzten zwei Jahrzehnte eine besondere Wirkung als exogener Faktor beizumessen sei, stieß vielfach auf Unwillen und auch auf Mißverständnis. *Von Noorden* wollte damit wohl nur zum Ausdruck bringen, daß die weltanschaulich abseits Gewanderten hinter den raschen Geschehnissen dieser Epoche zurückblieben und heute die Zeit und ihren Charakter nicht mehr verstehen. Aber sie reagieren, wie ich diesem Gedankengange *Noordens* hinzufügen möchte — und das fehlt vielleicht zur richtigen Beurteilung seiner Auffassung — nur dann infolge ihres Versagens in depressiver Weise, wenn eine anlagemäßige Vorbedingung in ihrer seelischen Struktur den geeigneten Boden bietet.

Überblickt man diese Literatur, so erkennt man, daß die Autoren mehr oder weniger, zum Teil vielleicht vorwiegend, auch den *Mendel*schen Symptomenkomplex schildern, zum Teil beschreiben sie aber auch Störungen, vor allem organischer Natur, die entweder in einem nur losen Verhältnis zu dem beschriebenen Symptomenkomplet stehen, oder aber von ihm überhaupt zu trennen sind. *Zu dem Syndrom, das als Wechseljahre des Mannes beschrieben worden ist, gehört also: ein Gefühl der Unlust und der Verstimmung, welches mit weinerlicher Rührseligkeit und dem unwiderstehlichen Drang zu Tränen das typische Bild der*

„Waschlappigkeit" gibt. Der Kranke hängt mit pedantischer Kleinlichkeit an Unwichtigem, während Aufgaben und Pflichtenkreis vernachlässigt werden. Angst, Mißtrauen und grübelnde Unruhe verscheuchen den Schlaf. Die Libido oder Potenz haben mehr oder weniger nachgelassen, während in anderen Fällen eine Übererregbarkeit zu sexuellen Entgleisungen gefährdet[2]*). Herzklopfen, Schwäche, Beklemmungen, Schwindel, urosexuelle Störungen und eine starke Neigung zum Fettansatz stehen als körperliche Beschwerden im Vordergrunde.* Von diesem schweren Krankheitsbilde gibt es alle Übergänge bis zur leichten, nur angedeuteten Form.

Widersprüche ergeben sich in der Literatur nur in der Annahme der Genese. Vielleicht liegt der Grund hierfür einerseits darin, daß die *Mendel*sche Kausalitätsannahme oft zu bedenkenlos übernommen wurde und daß andererseits die Kontroversen sich zu sehr von der Annahme exogener Ursachen leiten ließen. Vielleicht dürfte auch die verschiedenartige Einstellung zu diesem Problem aus einer gewissen fachärztlichen Bindung des jeweiligen Autors zu erklären sein. Es sieht der Urologe die Dinge anders als der Internist und beide wieder von einem anderen Gesichtswinkel als der Psychiater und Neurologe. Das Gegebene kann in solchem Falle nur das ganz enge Zusammenarbeiten der medizinischen Teilfächer sein.

Mendel und seine Anhänger gebrauchen das Wort von den „männlichen Wechseljahren" und sehen die Kausalität der Beschwerden in der Einstellung der Keimdrüsentätigkeit. Das Wort „Wechseljahre" ist ursprünglich ein klinischer Begriff zur Bezeichnung des Zustandsbildes der Keimdrüseninvolution der Frau. Man versteht bei der Frau unter den Wechseljahren das Unregelmäßigwerden oder Verlöschen der Menstruation und damit das Sistieren der Ovulationen. So lange aber die Frau regelmäßig und in gleicher Stärke menstruiert, befindet sie sich noch nicht in den Wechseljahren, auch dann nicht, wenn sie an Weinerlichkeit, Lustlosigkeit, trüber Stimmung und dergleichen leidet. Vielmehr ist es doch so, daß das Unregelmäßigwerden oder Verlöschen der Menstruation vom Publikum erst dahin gedeutet wird, daß zufällig gleichzeitig auftretende psychische Beschwerden mit dem Aufhören der Periode zusammenhängen müßten. Es ist aber in diesem Zusammenhang andererseits auch darauf hinzuweisen, daß viele Frauen völlig beschwerdefrei ihre Menstruation verlieren; und dennoch wird, trotz Fehlens des nervös-psychischen Symptomenkomplexes, die Zeit des Unregelmäßigwerdens bis zum vollkommenen Aufhören der Menstruation als Wechseljahre bezeichnet. Die Diagnose „Wechseljahre" sollte also zum mindesten für den Arzt nichts anderes sein als eine klare Bezeichnung lediglich für die Zeit des Verlöschens von Ovulation und Men-

[2]) Anmerkungsweise sei folgendes erwähnt: Bei der endogenen Depression, die zum manisch-depressiven Formenkreis gehört, ist meist eine Verringerung bezw. ein vorübergehendes Aufhören von Libido und Potenz vorhanden. Es gibt aber zweifellos auch Ausnahmen, wobei Geschlechtstrieb und Geschlechtsbetätigung während der Depression gesteigert sind. Man sieht, nebenbei bemerkt, auch hieraus, wie nahe Affektleben und Äußerungen der Sexualität zusammenhängen und daß eine Störung der Sexualität auch erst die Folge primärer Affektstörungen sein kann.

struation. Es ist nicht abzustreiten, daß das psychische Symptomenbild bei der Frau nicht selten der *Mendel*schen Schilderung von den männlichen Wechseljahren ähnlich ist. Diese Ähnlichkeit kann aber auch insofern andere Gründe haben, als erfahrungsgemäß das Rückbildungsalter überhaupt (welches mit den Wechseljahren nicht identifiziert werden darf) an und für sich zu Depressionen disponiert. Gerade bei der Frau beobachten wir ja eine typische Rückbildungsmelancholie, die keineswegs in der Mehrzahl der Fälle mit den Wechseljahren zusammenfällt. Die Ähnlichkeit des klinischen Bildes beim Manne und bei der Frau im Rückbildungsalter würde an und für sich also noch nicht die Berechtigung geben, nun gerade die Wechseljahre als die typische Ursache hinzustellen. Wir erkennen demnach, daß zum Begriff der Wechseljahre eben doch nur das Verlöschen der exkretorischen Keimdrüsenfunktion gehört. Dementsprechend hätte die Bezeichnung „männliche Wechseljahre" in ihrer vollen ursprünglichen Bedeutung zunächst einmal nur dann Berechtigung, wenn neben dem psychischen Symptomenkomplex das völlige Verlöschen oder doch zumindest deutliche Absinken der Keimzellenovulation im Vordergrunde stände und wenn dies eine biologische Erscheinung bei allen Männern dieser Altersstufe wäre.

Weder *Mendel* noch seine Anhänger haben nun aber den Beweis erbracht, daß in den kritischen Jahren ein Stillstand der Spermatogenese bei allen Männern eintritt. Auch unsere Beobachtungen erfassen lediglich einen psychischen Symptomenkomplex. Ein zeitlich gebundenes, dauerndes Aufhören der exkretorischen Keimdrüsenfunktion analog dem bei der Frau dürfen wir deshalb beim Manne nicht annehmen. (Es könnte auch ein vorübergehendes Sistieren des Geschlechtstriebes auf primärer psychischer Depression beruhen, siehe oben!) Wir wollen auch nicht übersehen, daß ein zeitlich eng begrenztes Versagen der männlichen Keimdrüsen im Rückbildungsalter als biologische Auffälligkeit ersten Ranges sicher auch längst Allgemeingut medizinischer Erkenntnis geworden wäre.

Die Bezeichnung „männliche Wechseljahre" müßte also fallen gelassen werden; denn sie verleitet zu dem Trugschluß, es handele sich um das Gegenstück zu den weiblichen Wechseljahren. Die Bezeichnung „Umwandlung" oder „Umbildung" wie sie von manchen Autoren gebraucht wird, halte ich für nicht zutreffend; denn es könnte durch eine solche allgemeine Bezeichnung leicht der Eindruck erweckt werden, als mache *jeder* Mann dieses Alters eine zeitlich begrenzte Umwandlung oder Umbildung durch. Das ist aber nicht der Fall, wie aus der Literatur und aus der alltäglichen Erfahrung der Praxis hervorgeht.

Es war auffällig, daß unsere Patienten fast durchweg Pykniker waren. Bedenken wir, daß nach *Kretschmer* Pykniker in 93% zyklothymen Temperamentes sind, und daß der Pykniker auf Eindrücke in ganz besonderem Maße mit Gefühlswerten reagiert, so wäre damit ein neuer Fingerzeig in der Richtung der Kausalität gegeben. „Zwischen der seelischen Anlage des Manisch-Depressiven und dem Körperbautypus besteht ein

deutlicher biologischer Zusammenhang" (*Kretschmer*). Wir hören weiter von *Kretschmer*, daß nicht alle Stigmen eines Typus gleichzeitig in allen Lebensaltern vorhanden sind, daß z. B. so ausgeprägte Zeichen, wie die pyknische Stammfettsucht öfters nur in einer bestimmten Lebensphase, selbst nur kurze Zeit vorhanden sein können. Ganz analoge Dinge sind auch für die Charakterentwicklung mancher Menschen bekannt.

Mendel schon beschrieb seine Patienten als sogenannte „Kraftnaturen". Auch *Wenkebach* spricht von kurzgedrungenen, fetten Personen. Unsere Patienten waren alle von mehr oder weniger pyknischem Habitus. Wir wissen heute, daß die Stimmungslage des Pyknikers manisch-depressiv gefärbt ist. Er kann sich viel früher und mehr freuen, wie er auch viel leichter verstimmt werden kann als der Durchschnittsmensch. Die Pykniker sind Menschen, die auf die Eindrücke des Lebens leichter ansprechen, und manche wissen bei traurigen Anlässen nicht mehr ein noch aus, sie werden, wie *Kretschmer* so treffend sagt: „traurig, und alles steht wie ein Berg vor ihnen". Ungewohnte Schwierigkeiten begegnen aber gerade dem Fünfziger wohl mehr, als es in anderer Lebensepoche der Fall sein mag. Es ist die Zeit, in der die gleichaltrige Frau mehr kränkelt als früher, die Kinder das Elternhaus verlassen, selbständig werden und mitbestimmen wollen, was leicht zu verständlichen Konflikten führen kann. Die Methoden und die Auffassungen des jüngeren Berufskollegen oder des Geschäftskonkurrenten können andere sein als die altgewohnten. Die Gewißheit des Absteigens der Lebenskurve wird deutlich. Infolge davon kann es zur reaktiven Depression mit allen ihren weiteren seelischen Folgeerscheinungen kommen, wobei auch solche reaktive Depressionen hohe Grade erreichen können und der Psychotherapie um so weniger zugänglich sind, als die Ursachen der depressiven Verstimmungen zum Teil irreparable körperliche Veränderungen sind.

Es ergeben sich also mehrere Möglichkeiten der Kausalität dieses zuerst von *Mendel* beschriebenen Syndroms:

Entweder handelt es sich um eine leichte uncharakteristische Depression im Sinne der endogenen melancholischen Depression, die bei der Frau sich zur typischen Rückbildungsmelancholie auswachsen kann, beim Mann aber gewöhnlich bei weitem nicht die gleiche Stärke erreicht und vielfach lediglich gewissermaßen im ersten Stadium der Depression stehen bleibt.

Oder aber wir nehmen an, daß es sich lediglich um allgemeinere Vitalitätsschwankungen im Rückbildungsalter handelt, die nicht ohne weiteres in den manisch-depressiven Formenkreis gehören (ohne daß die zuerstgenannte Möglichkeit in manchen Fällen als alleinige Ursache, ein oder das andere Mal vielleicht auch nur im Vordergrunde stehend, ausgeschlossen werden muß).

Es könnte aber auch das beginnende körperliche und vielleicht auch seelische Versagen zur reaktiven Unsicherheit und zu einem Gefühl des „Nichtmehr-mit-Könnens" führen. Dies erfüllt einen Sensiblen nicht allein mit Trauer, sondern auch mit Angst vor der ungewissen Zukunft. Aus der

Angst ergibt sich eine Art hypochondrische Selbstbeobachtung. Kleine Versager, wie sie sich gerade bei dem erhöhten Stoffwechselverbrauch des Pyknikers sehr leicht und früh einstellen, werden überbewertet. Die häufige sogenannte Rückbildungsnervosität und die zunehmende Korpulenz machen aber gerade dem Pykniker besonders zu schaffen.

Wir kennen auch Konstitutionsanomalien des Alterns. Manche Menschen bewahren die jugendliche Haarfarbe und den gespannten Gewebsturgor bis ins 5. bis 6. Lebensdezennium, andere haben mit 30 Jahren bereits ergrautes Haar, ohne daß äußere Einflüsse hierfür erkennbar wären. Der Pykniker beobachtet diese Dinge nicht mit dem Gleichmut der anderen Typen. Er verarbeitet solche Eindrücke seiner Konstitution entsprechend, und diese kann, wie *Kretschmer* bewies, depressiv geneigt sein.

Welche von diesen Möglichkeiten im einzelnen vorliegen, könnte nur von Fall zu Fall entschieden werden. Daß für die genaue Diagnosestellung auch die Gesamtheit der modernen Untersuchungsmethoden unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Konstitutionstypus notwendig ist, versteht sich von selbst. Vielleicht wird sich dann aber auch ergeben, daß das, was man bisher als die männlichen Wechseljahre bezeichnete, in seinem Kern den uncharakteristischen und verblaßten, vielfach auch in die Länge gezogenen Rückbildungsdepressionen zugehört.

LITERATURNACHWEIS.

Hoche: Die Wechseljahre des Mannes. Springer Verlag 1928.
Hollander: Neurol. Ztrlbl. Nr. 12, Jahrgang 1910.
Jacobi: Archiv für Psychiatrie. Nr. 90, Jahrgang 1930.
Juarros: Ztrlbl. für Psychiatrie. Band V, Jahrgang 1932.
Kraus: Der Mann von 50 Jahren, eine „Kultur-Krankheit". Med. Welt, Jahrg. 1931.
Marcuse: Neurol. Ztrlbl. Nr. 14, Jahrgang 1916.
Mendel: Neurol. Ztrlbl. Jahrgang 1910, Jahrgang 1922.
Meyer: Zur klinischen Bedeutung und nosol. Stellung des vorzeitigen Alterns; im „Der Nervenarzt", Band III, Jahrgang 1930.
Rankin: Neurol. Ztrlbl. Jahrgang 1919.
Reichard: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Gustav Fischer-Verlag. Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. Gustav Fischer-Verlag.
Runge: Handbuch der Geisteskrankheiten.
Vaerting: Neurol. Ztrlbl. Nr. 9, Jahrgang 1918.
Wenkebach: Über den Mann von 50 Jahren. 2. Aufl., M. Perles, Wien und Leipzig 1916.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Quellen und Hilfsmittel dazu benutzt habe.

Am Ende der Arbeit möchte ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. *M. Reichardt,* für die Überlassung des Themas meinen herzlichen Dank aussprechen.

LEBENSLAUF.

Ich wurde am 30. Dezember 1905 als Sohn des Werkmeisters *Karl Winkler* in Bunzlau in Schlesien geboren. Herbst 1931 trat ich in die 9. Klasse der Oberrealschule Aschaffenburg als Externer ein. Ich verließ die Anstalt mit dem Reifezeugnis Ostern 1932. Danach begann ich das Studium der Medizin und legte nach dem Sommersemester 1932 die ärztliche Vorprüfung und im Herbst 1937 das medizinische Staatsexamen ab. Von Dezember 1937 an war ich bis 30. April 1938 in der Inneren Abteilung des Luitpoldkrankenhauses in Würzburg und ab 1. Mai 1938 bin ich in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Würzburg als Medizinalpraktikant tätig.